

Medische behandeling van opiaatafhankelijkheid met methadon: Doseren onder Toezicht

Een poging tot kwaliteitsverbetering in een verslavingszorginstelling

Maarten Merkx • Gerard Alderliefste

In een spraakmakend artikel constateerden Loth e.a. (2003) dat de kwaliteit van de methadonprogramma's in Nederland onder de maat was; het medische behandelingsperspectief was te veel op de achtergrond geraakt. Deze constatering had ook betrekking op methadonprogramma's van De Brijder Verslavingszorg. In hetzelfde jaar adviseerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg De Brijder dwingend om het medisch handelen weer als uitgangspunt te nemen bij de behandeling van opiaatafhankelijkheid met methadon. Dit artikel beschrijft de nieuwe medische uitgangspunten van behandeling van opiaatafhankelijkheid met methadon bij De Brijder. Grootste verandering, naast de herwonnen transparantie van het voorschrijfbeleid, is dat patiënten gedurende de instelfase op methadon deze medicatie onder toezicht innemen. Het artikel sluit af met een beschrijving van het implementatieproces van de geformuleerde medische uitgangspunten in de dagelijkse praktijk.

Inleiding

Methadon werd in Nederland begin jaren zeventig van de vorige eeuw geïntroduceerd als medicamenteuze interventie bij opiaatafhankelijkheid. In eerste instantie werd het voorgeschreven als ondersteunend medicament bij detoxificatie. In de jaren tachtig verschoof het doel naar risicobeperking voor gebruikers: methadon als substitutie voor heroïne. De afgelopen jaren lag het accent vooral op overlast- en criminaliteitsbestrijding. Mede onder invloed van gemeentelijke financiering werden

methadonprogramma's primair ingezet als middel tot het indammen van lastig en crimineel gedrag van een bepaalde patiëntengroep. Deze invalshoek maakte dat het medische behandelingsperspectief op de achtergrond raakte (Loth e.a., 2003). Ook bij De Brijder Verslavingszorg, een verslavingszorginstelling in Noord-Holland, werd methadonverstrekking in de afgelopen jaren ingezet als middel tegen overlast.

In 2003 concludeerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat het medische beleid van De Brijder Verslavingszorg ten aanzien van behandeling van opiaatafhankelijkheid met methadon en de daaraan gekoppelde verstrekkingwijze, verbetering behoefde. De Inspectie constateerde discrepanties in het medische behandelings- en verstrekkingbeleid ten aanzien van methadon op de verschillende vestigingen van de instelling. Methadon werd te makkelijk voorgeschreven zonder adequate medische begeleiding. Tegelijkertijd werd geconstateerd dat methadon eenvoudig zijn weg vond naar de zwarte markt. De Inspectie adviseerde de instelling dwingend om het medisch behandelingsperspectief weer op de voorgrond te plaatsen.

In Nederland zijn er nog geen landelijke richtlijnen voor behandeling van opiaatafhankelijkheid met methadon voorhanden, alhoewel er inmiddels wel initiatieven toe genomen worden (Loth, 2003; Resultaten Scoren, 2003). De Brijder Verslavingszorg kon en wilde niet wachten op deze richtlijnen, mede gezien de kritiek vanuit de Inspectie. De instelling heeft een werkgroep (de auteurs) ingesteld die de opdracht had instellingsbrede inhoudelijke procedures op te stellen voor behandeling van opiaatafhankelijkheid met methadon, vanuit het kader van zorgvuldig medisch handelen en overlastbestrijding.

Maarten Merkx, en, (✉)
Drs. M.J.M. Merkx, Amsterdam Institute for Addiction Research, Amsterdam Medisch Centrum, en De Brijder Verslavingszorg.

Dit artikel beschrijft het resultaat van de inspanningen tot kwaliteitsverbetering van behandeling van opiaatverslaving met methadon. De eerste stap in het ontwikkelproces was een ‘quick and dirty’ scan naar literatuur over methadon als behandelingsinterventie bij opiaatafhankelijkheid gerelateerd aan behandelings-effect en overlastbestrijding. De tweede stap bestond uit het bestuderen van bestaande richtlijnen. Voor beide stappen waren we met name aangewezen op internationale literatuur. Op basis hiervan zijn uitgangspunten voor het medische behandelings- en verstrekingsbeleid van De Brijder geformuleerd. Grootste verandering in de voorgestelde werkwijze vergeleken met de toenmalige dagelijkse praktijk is, dat patiënten tijdens de instelfase hun dosering methadon zoveel mogelijk dagelijks onder toezicht innemen. Vervolgens zijn er procedures beschreven waarin het professionele handelen is vastgelegd. De laatste stap in het proces was de implementatie van het door de Inspectie voor Gezondheidszorg goedgekeurde vernieuwde behandelings- en verstrekingsbeleid van methadon in het dagelijks handelen van De Brijder Verslavingszorg.

Bevindingen uit empirisch onderzoek

Het voorschrijven van methadon in het kader van opiaatafhankelijkheid is een effectieve interventie; verschillende onderzoeken tonen dit aan. Marsch (1998) publiceerde een meta-analyse van onderzoek naar de effectiviteit van methadon. De beschreven studies hadden één of meer van de volgende uitkomstmaten: illegaal drugsgebruik (11 studies, $n = 2.056$), criminele activiteiten (24 studies, $n = 7.173$) en HIV-gerelateerd risicovol gedrag (8 studies, $n = 1.797$). De conclusie is dat methadon leidt tot een significante afname in het gebruik van illegale drugs, criminele activiteiten en HIV-gerelateerd risicovol gedrag.

Fisher e.a. (1999) vergeleken retrospectief een groep opiaatafhankelijken in een methadonbehandeling met een groep opiaatafhankelijken die nooit in behandeling waren geweest. De behandelde groep gebruikte minder illegale drugs, was minder betrokken in illegale activiteiten, deed minder beroep op crisisvoorzieningen en de mate van sociale integratie was hoger. De basale gezondheidstoestand van en de justitiële betrokkenheid bij beide onderzoeksgroepen verschilden echter niet van elkaar. Een evaluatiestudie (Gossop e.a., 2000) toonde aan dat patiënten, een jaar nadat ze begonnen waren met een methadonbehandeling minder illegale opiaten, stimulantia en niet-voorgeschreven benzodiazepinen gebruikten. Tevens werd minder crimineel gedrag vertoond.

Ook de hoogte van de voorgeschreven dosering methadon heeft invloed op het resultaat van de behandeling. Er is een aantal gerandomiseerde studies gedaan. Strain e.a. (1999) vergeleken in dubbelblind, gerandomiseerd onderzoek een groep die 40 tot 50 mg methadon met een groep die 80 tot 100 mg voorgeschreven kreeg. In vergelijking met de lage doseringsgroep was de reductie van bijgebruik van illegale drugs groter. In Nederland is eveneens gecontroleerd onderzoek uitgevoerd naar de effecten van een hoge dosering methadon (Driessen, 2003). In laagdrempelige methadonprogramma's is het effect van doses van meer dan 84 mg per dag onderzocht. De experimentele groep verbeterde significant vergeleken met de lage-doseringgroep, alhoewel ook de controlegroep licht verbeterde. Hoge methadondosering heeft een gunstiger effect op de reductie van drugsgebruik, verbetering van de algemene gezondheidstoestand en het psychisch welbevinden van de patiënten. Er is geen effect gevonden op de mate van sociale integratie.

De voorgeschreven methadondosering in Nederland is vaak laag. In 1996 werd gemiddeld 38 mg per dag verstrekt (IVV, 1997). Ook wordt regelmatig een maximale dosering voorgeschreven die meestal tussen de 40 en 75 mg ligt (Driessen, 2003).

Onze conclusie is dat het voorschrijven van methadon vanuit de optiek van goede medische zorg positieve effecten heeft op de gezondheidstoestand van de individuele patiënt. Vanuit de optiek van overlastbestrijding heeft methadonverstrekking een reducerend effect op overlast (afname crimineel gedrag en illegaal drugsgebruik).

Uitgangspunten behandeling opiaatafhankelijkheid met methadon

Medische uitgangspunten

De Brijder Verslavingszorg hanteert als uitgangspunt dat methadon middel van eerste keuze is indien er sprake is van opiaatafhankelijkheid, de patiënt dagelijks opiaten gebruikt en het behandelingsdoel stabilisatie of palliatie is (Van den Brink, 2002; Payte e.a., 2003). De optimale dosis voor methadon vanuit het oogpunt van de geïndiceerde doelstelling van de behandeling voor opiaatafhankelijkheid, is die dosis waarop de gewenste respons optreedt voor de gewenste duur, met een acceptabele marge tussen effectiviteit en veiligheid. Dit laatste punt heeft betrekking op de gezondheidsrisico's voor patiënt en zijn/haar omgeving.

1. Voorschrijfbeleid van De Brijder ten aanzien van de hoogte van de dosering is:

- a. De initiële dosering is maximaal 1 mg per kilo lichaamsgewicht met een maximum van 40 mg, ongeacht wijze van gebruik (intraveneus of inhaleren);
 - b. de initiële dosering is maximaal het aantal mg overeenkomend met het aantal kg lichaamsgewicht indien dit gewicht minder is dan 40 kg;
 - c. verhoging van de dosering is maximaal de helft van de initiële dosis;
 - d. een stabiele bloedspiegel van methadon wordt bereikt tussen vier en vijf dagen na start van de dagelijkse inname van een dosering. Verhoging van de dosering vindt pas plaats vier dagen na de start van een bepaalde dosering, op voorwaarde dat de abstinentieverschijnselen niet ondraaglijk zijn.
2. De gewenste respons bij stabilisatie met behulp van methadon is:
 - a. preventie van het onthoudingssyndroom voor opiaten voor een termijn van minimaal 24 uur;
 - b. eliminatie of reductie van craving;
 - c. verzadiging van de pathologische opioïdbehoefte;
 - d. blokkade van het effect van euforie van zelfgebruikte opiaten;
 - e. verlies van belangstelling voor drugs en drugsverwervende activiteiten en groeiende interesse voor andere bezigheden.
 3. De gewenste respons bij palliatie met behulp van methadon is:
 - a. preventie van het onthoudingssyndroom voor opiaten voor een termijn van minimaal 24 uur;
 - b. verhoging van de kwaliteit van leven van de patiënt, zonder dat het opiaatgebruik verandert.
 4. De dosis methadon om het effect van stabilisatie te bereiken, is individueel bepaald. Vanuit medische optiek is het niet verantwoord een limiet te stellen aan de hoogte van de dosering. De dosering van methadon wordt verhoogd op geleide van persisterend heroïnegebruik, aanwezige abstinentieverschijnselen en craving.
 5. De dosis methadon om het effect van palliatie te bereiken, ligt lager dan de dosering methadon in het kader van stabilisatie. Ook bij dit doel geldt dat het vanuit medische optiek niet verantwoord is een limiet te stellen aan de hoogte van de dosering. Indien de kwaliteit van leven niet verbetert, kan de voorgeschreven dosering aangepast worden.
 6. Vanuit medisch perspectief is continuïteit in een methadonbehandeling belangrijk en moet onderbreking zoveel mogelijk voorkomen worden. Het verstrekken van methadon is een medische behandelingsinterventie in het kader van

opiaatafhankelijkheid. Discontinueren van verstrekking mag geen onderdeel zijn van sanctiebeleid. In het uiterste geval zal een alternatieve plaats voor verstrekking gevonden moeten worden.

Uitgangspunten voor verstrekking: Doseran onder Toezicht (DOT)

Uit de literatuur blijkt dat de eerste periode van een methadonbehandeling belangrijk is (bijv. Payte e.a., 2003; Verster e.a., 2003; Van Beusekom e.a., 2001). Deze periode betreft de fase waarin de patiënt ingesteld wordt op methadon. De hoogte van de dosering is individueel bepaald en afhankelijk van het behandelingsdoel. Men pleit voor dagelijkse verstrekking waarbij de effecten van methadon op de onthoudingsverschijnselen zorgvuldig in kaart gebracht worden. Het dagelijks onder toezicht innemen vindt plaats totdat de dosering gevonden is die past bij de patiënt en aansluit bij het behandelingsdoel. Over het algemeen duurt deze instelfase twee tot drie weken. In de Engelstalige literatuur spreekt men over 'directly observed therapy' (DOT), wat wij vertaald hebben als Doseran onder Toezicht.

Er is een aantal argumenten om patiënten tijdens de instelfase op methadon elke dag te zien. Het moment van hulp vragen is vaak niet de meest stabiele periode in het leven van een opiaatgebruiker en frequent contact tijdens de instelfase kan een bepaalde mate van stabiliteit geven (Buster, 2002). Ook geeft het dagelijks begeleid innemen van methadon een beeld van de therapietrouw van de patiënt ten aanzien van de behandeling. Op termijn kan deze informatie gebruikt worden voor de wijze van methadonverstrekking. Ander voordeel is dat dagelijks contact met de patiënt de opbouw van de hulpverleningsrelatie bevordert. Een volgend voordeel ligt in lijn met de andere doelstelling van methadonverstrekkingprogramma's, namelijk overlastbestrijding. Het dagelijks onder toezicht innemen van methadon heeft als consequentie dat patiënten tijdens de instelfase geen methadon als meeneemdosing krijgen. De kans dat methadon via De Brijder terecht komt op de zwarte markt, neemt daardoor af.

Als laatste argument om enige terughoudendheid in het meeneembeleid van methadon tijdens de instelfase aan te brengen, is dat in verschillende publicaties melding gemaakt wordt van een klein verhoogd risico op overlijden door overdosering tijdens de eerste periode van de methadonbehandeling. De sterftekans tijdens de instelperiode van methadon (de eerste twee tot drie weken van een methadonbehandeling) lijkt hoger te liggen in vergelijking tot patiënten die langer met methadon behandeld worden en zelfs met personen die niet in behandeling zijn

(Caplehorn & Drummer, 1999; Zador & Sunjic, 2000; Buster e.a., 2002).

De Brijder heeft de volgende uitgangspunten geformuleerd ten aanzien van de methadonverstrekking aan patiënten.

1. Tijdens de instelfase op methadon wordt deze medicatie dagelijks onder toezicht van een verpleegkundige ingenomen, wat de mogelijkheid biedt om het instelproces zorgvuldig te monitoren.
2. Na afloop van de instelfase wordt zowel vanuit de optiek van zorgvuldig medisch handelen als van overlastbestrijding de wijze van verstrekking gerelateerd aan de hoogte van de dosering, mate van sociale integratie en therapietrouw van de patiënt. Hoe hoger de dosering, hoe slechter de mate van sociale integratie en therapietrouw, hoe frequenter patiënt onder toezicht de medicatie inneemt. De wijze van verstrekking loopt van eenmaal per twee weken bij een apotheek afhalen van methadon tot dagelijkse inname onder toezicht.

Procedures

De grootste verandering in de wijze van verstrekking van methadon bij De Brijder is het dagelijks onder toezicht innemen van methadon door de patiënt, in ieder geval tijdens de instelfase. In lijn met het advies van de Gezondheidsraad (2002) ligt de professionele eindverantwoordelijkheid voor voorschrijven en inname van methadon in het kader van opiaatafhankelijkheid bij de arts (Wet BIG, 2002). Een aantal taken kan echter door een verpleegkundige uitgevoerd worden, mits werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een arts.

Informatie aan de patiënt

De patiënt wordt door zowel de arts als de verpleegkundige geïnformeerd over de werking van methadon en eventuele risico's. De patiënt krijgt de bijsluiter uitgelegd, waarna eventuele complicaties van de methadonbehandeling doorgenomen worden. Een aantal effecten van methadon komt aan bod. De patiënt krijgt uitleg over het uitgestelde effect van methadon. Pas twee tot vier uur na inname werkt methadon optimaal. Dit in tegenstelling tot heroïne, dat direct na inname resulteert in het gewenste effect. Ook het cumulatieve effect van methadon komt aan bod; pas na vier tot vijf dagen dagelijkse inname van methadon wordt een stabiele bloedspiegel bereikt. De in de eerste dagen ervaren abstinentieverschijnselen kunnen verminderen, zonder dat verhoging van de dosering noodzakelijk is. Dit is de reden dat verhoging van de dosering pas na minimaal vier tot vijf dagen na de eerste inname plaatsvindt.

Het goed geïnformeerd zijn van de patiënt is van belang voor het welslagen van de behandeling. De rationale van het dagelijks onder toezicht van de verpleegkundige innemen van methadon wordt goed doorgesproken, zowel vanuit medisch perspectief als dat van overlast.

Verpleegkundige intake

De verpleegkundige intake richt zich uitsluitend op de medische aspecten van de hulpbehoefte van de patiënt. Vaste onderdelen van het verpleegkundige intakegesprek zijn een urinetest, verzamelen van medische gegevens, middelenanamnese, inventarisatie van craving en huidig medicatiegebruik (omdat sommige medicijnen interfereren met de werking van methadon). De meeste onderdelen waren bij De Brijder al regulier opgenomen in de verpleegkundige intake. Nieuw is de inventarisatie van craving. In de DSM-IV-criteria voor middelenafhankelijkheid wordt niet expliciet verwezen naar craving, terwijl dit fenomeen beschouwd wordt als het centrale kenmerk van middelenafhankelijkheid (WHO, 1993).

De inventarisatie geschiedt idealiter aan de hand van een zelfrapportagevragenlijst. Deze geeft een objectiever beeld van de craving dan het verhaal van de patiënt en de klinische blik van de verpleegkundige. (Er zijn verschillende vragenlijsten in omloop, zoals de Craving Questionnaire van Ooteman en Van den Brink, 2003.) Het gevonden resultaat op de zelfrapportagevragenlijst wordt door de verpleegkundige met de patiënt besproken. Het resultaat wordt in combinatie met het tijdstip van laatste inname van opiaten of andere drugs gerapporteerd aan de arts. De arts gebruikt dit voor de vaststelling van de startdosering en het tijdstip van inname van methadon.

Geneeskundige intake

De geneeskundige intake vindt zo snel mogelijk plaats na de verpleegkundige intake, idealiter aansluitend. Het lichamelijk onderzoek is het eerste onderdeel van de geneeskundige intake waarbij gebruik gemaakt wordt van de bevindingen van de verpleegkundige. Lichamelijk onderzoek in het kader van opiaatproblematiek richt zich op de longen (pulmonaal), hart en vaten (cardiaal), huid (dermatologie, bijv. spuitgaten en krabeffecten) en maag/darmen en lever (abdominaal). Intraveneus gebruik kan een indicatie zijn voor bloedonderzoek naar besmetting van hepatitis B-, hepatitis C- en/of HIV-virus. Langdurig roken van opiaten in combinatie met klachten van de bovenste luchtwegen en specifieke longklachten geeft aanleiding tot het maken van longfoto's voor bepalen van schade. Tegelijkertijd kan ook bepaald worden of er sprake is van tbc.

Voor het classificeren van opiaatafhankelijkheid gebruiken we de DSM-IV (1994). De arts checkt aan de hand van de symptomen of er sprake is van afhankelijkheid. De zeven DSM-IV-symptomen zijn grofweg te groeperen in drie clusters: *a* tolerantie en onthouding, *b* controleverlies, en *c* risico nemen, verlies van sociale aanpassing en beperkingen in functioneren. Deze symptomen hebben betrekking op de afgelopen twaalf maanden. Als laatste maakt de arts een inschatting van de mate van de aanwezigheid van craving waarbij de zelfrapportage van de patiënt betrokken wordt. Om voor methadonbehandeling bij De Brijder in aanmerking te komen, dient patiënt te voldoen aan de classificatie opiaatafhankelijkheid (minstens drie van de zeven DSM-IV-symptomen gedurende de laatste twaalf maanden aanwezig), en moet hij dagelijks opiaten gebruiken.

Tevens wordt bepaald of methadon middel van eerste keuze is. Deze keuze is afhankelijk van een aantal factoren. Contra-indicaties zijn bijvoorbeeld het slikken van opiaatagonisten of -antagonisten. Een andere factor die meeweegt in het beslissingsproces is of detoxificatie op korte termijn tot de mogelijkheden behoort. Detoxificatie op korte termijn kan mogelijk zijn indien er nog sprake is van enige mate van controle betreffende het gebruik, patiënt nog een ondersteunend en gezond sociaal steunsysteem heeft en er eerder sprake is geweest van een langer durende opiaatvrije periode.

Het bepalen van de initiële dosering methadon is aan de beperkingen gebonden, zoals eerder beschreven. Methadon wordt aan het begin van een behandeling zoveel mogelijk in de vorm van monotherapie aangeboden. Met farmacotherapie in het kader van andere middele afhankelijkheid of psychiatrische problematiek wordt pas begonnen als patiënt optimaal is ingesteld. Opiaatafhankelijkheid is een contra-indicatie voor behandeling met benzodiazepinen. De keuze voor de inname van de eerste dosering is afhankelijk van het tijdstip van het laatste gebruik. Idealiter neemt de patiënt de eerste dosering vier uur nadat voor het laatste gebruikt is of indien er observeerbare onthoudingsverschijnselen zijn.

Dagelijkse contacten van de verpleegkundige

Zoals vermeld, is de grootste verandering in de wijze van verstrekking van methadon het dagelijks onder toezicht innemen van methadon door de patiënt, in ieder geval tijdens de instelfase. Het innemen onder toezicht is gekoppeld aan verpleegkundige interventies en observaties. Indien de patiënt aangeeft dat er in de afgelopen 24 uur grote lichamelijke of psychische veranderingen zijn opgetreden, worden er - voorafgaand aan de inname van methadon - onderdelen van de verpleegkundige intake

uitgevoerd, zoals bloeddruk en hartslag of extra uitleg over eventuele bijwerkingen. Ongewenste bijeffecten verdwijnen in de meeste gevallen na verloop van tijd vanzelf. Steeds wordt het bijgebruik in de afgelopen 24 uur kort geïnventariseerd, waarbij bijgebruik als normaal bestempeld wordt. Bijgebruik is logisch, omdat de dosering aan het begin van de instelfase niet optimaal is. Als laatste wordt gevraagd naar het tijdstip van laatste gebruik. Indien het laatste gebruik van opiaten minder dan vier uur geleden is, wordt er geen methadon gegeven vanwege het gevaar voor overdosering. Er wordt dan natuurlijk voor dezelfde dag een nieuwe afspraak gemaakt.

Een aantal verpleegkundige handelingen wordt niet elke dag verricht maar wekelijks uitgevoerd, bijvoorbeeld urineonderzoek en het bespreken van de uitslag. Dat geeft een objectief beeld over welke middelen de patiënt bijgebruikt. Ten tweede wordt wekelijks de eerder besproken cravinglijst afgenomen, waarmee de hoeveelheid craving geïnventariseerd wordt die de patiënt in de afgelopen week ervaren heeft. Verandering in urineonderzoekuitslag en gerapporteerde craving kan een indicatie zijn over de werkzaamheid van de dosering.

Contacten met de arts

Beslissen over het al dan niet verhogen van de dosering methadon is het primaire doel van het geneeskundige contact tijdens de instelfase. Dat geneeskundige contact beperkt zich tijdens het instelproces idealiter tot een wekelijks contact. In geval de patiënt er lichamelijk slecht aan toe is, de onthoudingsverschijnselen ernstig zijn of de ervaren craving onhoudbaar is voor de patiënt, is er frequenter contact.

Tijdens het wekelijkse contact vraagt de arts met name naar bijwerkingen van methadon. De ernst van eventueel aanwezige symptomen speelt een rol in het beslissingsproces over verhoging van de dosering. Andere symptomen van opiaatonthouding die invloed hebben op het al dan niet verhogen van de dosering, zijn bewustzijn en geheugen. Indien deze gestoord zijn, wordt de dosis niet verhoogd. Verhoging van de dosering is afhankelijk van de individuele patiënt en gebonden aan de uitgangspunten (zie boven).

In geval van stabilisatie is het behandelingsdoel bereikt indien de patiënt de belangstelling voor drugs verliest, de belangstelling verlegt naar andere bezigheden dan drugsverwervende activiteiten en er nauwelijks of geen sprake meer is van bijgebruik. Geen bijgebruik blijkt bijvoorbeeld uit een negatieve urine-uitslag op opiaten. Het behandelingsdoel bij palliatie is bereikt als de kwaliteit van leven verhoogd is, bijvoorbeeld als de ernst van de comorbide medische problematiek is afgenomen en de

mate van sociale integratie enigszins verbeterd is (of in ieder geval niet verslechterd).

De frequentie van de geneeskundige contacten neemt af als de patiënt zodanig op methadon is ingesteld dat het behandelingsdoel bereikt is. De wijze van verstrekking en het behandelingsdoel zijn daarbij bepalend. Deze contacten worden niet alleen gebruikt voor hernieuwd lichamelijk onderzoek en de bepaling of de dosering aangepast dient te worden. Ook kan aanvullend lichamelijk onderzoek gedaan worden, bijvoorbeeld naar hepatitis B en C bij niet-intraveneuze gebruikers. De mogelijkheid van HIV-infectie kan onderwerp van gesprek zijn en het eventueel testen hierop. De Brijder is van mening dat met name bij patiënten met een hoge verslavingsernst die tevens slecht sociaal geïntegreerd zijn, frequent medisch contact noodzakelijk is.

Onder toezicht continueren van dosering

Verandering van de wijze van verstrekking komt ter sprake indien de instelfase is afgerond, dus als het behandelingsdoel gehaald is. Zolang dit niet het geval is, blijft patiënt dagelijks verstrekt krijgen. De wijze van verstrekken kan lopen via het tweewekelijks afhalen van methadon bij de apotheek tot continueren van het dagelijks onder toezicht innemen. Aangezien verpleegkundige en patiënt dagelijks contact hebben gehad, is het de taak van de verpleegkundige om een inschatting te maken over de mate van toekomstige therapietrouw en de daaraan gekoppelde verstrekkingwijze. Deze inschatting wordt vervolgens als advies aan de arts voorgelegd, die hem uiteindelijk fiatteert.

Patiënten bij wie het behandelingsdoel palliatie is, blijven in eerste instantie dagelijks onder toezicht verstrekt krijgen. Deze patiëntengroep kenmerkt zich door ernstiger verslavings-, psychiatrische en medische problematiek, wat frequent contact noodzakelijk maakt. Indien stabilisatie het behandelingsdoel is, kan de verstrekkingwijze mogelijk veranderd worden. Factoren die een rol spelen bij het bepalen van de afhaalfrequentie zijn de getoonde therapietrouw voor medicatie, ernst van de verslaving, medische problematiek en mate van sociale integratie. De ernst van de verslaving wordt ingeschat aan de hand van de ernst van de opiaatproblematiek, bijgebruik van middelen tijdens de instelfase en lengte van de verslavingscarrière. Bij de inschatting van de medische problemen, spelen de algemene gezondheidstoestand en beperkingen ten gevolge van medische problemen in het dagelijks functioneren een rol. De mate van sociale integratie wordt bepaald aan de hand van het al dan niet hebben van huisvesting, een gezond steunsysteem en een zinvolle dagbesteding.

Implementatie

In het voorjaar van 2003 is De Brijder begonnen met het omschrijven van de genoemde procedures. De daadwerkelijke implementatie op de werkvloer ging eind 2003 van start op de vestiging Haarlem. Een aantal vestigingen volgde het jaar daarop, de laatste vestiging najaar 2005. Door de urgentie en de korte tijd waarin de veranderingen moesten worden doorgevoerd, was er geen gelegenheid voor het opzetten en uitvoeren van een systematische proces- en effectevaluatie. In de loop van het implementatieproces is er uiteraard wel feedback gegeven op het nieuwe medische beleid.

De afgesproken procedures lijken aan een behoefte te voldoen, zowel vanuit de optiek van adequate medische zorg als overlastbestrijding. Vanuit medische optiek wordt de patiënt zorgvuldiger gediagnosticeerd. Het medicatiebeleid ten aanzien van de individuele patiënt en de innametrouw krijgen op deze manier de gewenste mate van transparantie. Het is minder afhankelijk van het individuele voorschrijfbeleid van de arts en de verstrekking voorkeur van de verpleegkundige. Medewerkers zijn van mening dat hun professioneel handelen aan kwaliteit gewonnen heeft.

Opvallend is dat de verwachte negatieve reacties van patiënten in de meeste gevallen zijn uitgebleven. Het frequenter naar De Brijder komen voor methadon wordt in eerste instantie wel als lastig ervaren. Maar patiënten zijn van mening dat hun problemen serieuzer genomen worden; ze vinden dat ze niet meer afgescheept worden met een handvol pillen. In het eerste jaar van toepassing van de procedures kwamen op de vestiging Haarlem 52 patiënten in aanmerking voor een opiaatbehandeling met methadon. Twee patiënten weigerden mee te werken aan deze nieuwe manier van behandeling. Zij bleven weg na de medische intake en zijn sindsdien niet meer ingeschreven geweest bij De Brijder.

Voor implementatie van de nieuwe procedures, kregen alle patiënten die behandeld werden met methadon deze medicatie verstrekt in meeneemdoseringen. Hierbij werd geen rekening gehouden met de fase van het zorgverleningstraject waarin de patiënt zich bevond, mate van verslavingsernst, mate van sociale integratie, therapietrouw of behandelingsdoel. Het nieuwe medische beleid biedt de mogelijkheid tot een differentiatie van deze patiëntgroep.

Op moment van schrijven zijn op de vestiging Haarlem 301 patiënten ingeschreven die met methadon behandeld worden. Van deze groep nemen 46 patiënten drie- tot vijfmaal per week onder toezicht hun methadon in, en krijgen het in het weekend verstrekt in meeneemdoseringen. Vier patiënten zitten in de instelfase. De resterende 42 patiënten worden gekenmerkt door een hoge mate van

verslavingsernst (polydruggebruik en slechte gezondheidstoestand), een slechte mate van sociale integratie (geen vaste woon- of verblijfplaats, gezond sociaal steunsysteem en zinvolle dagbesteding), een slechte inname-trouw (frequent niet komen op afspraken), en zijn bekend met het verhandelen met methadonpillen. Bijgebruik is eerder regel dan uitzondering bij deze groep.

Ongeveer 35 procent van het totale aantal patiënten krijgt methadon verstrekt via de apotheek. Deze groep patiënten ($n = 110$) voldoet dus aan de criteria zoals in de nieuwe procedures beschreven. Inname-trouw van methadon is door arts en verpleegkundige als goed beoordeeld, mate van verslaving is niet ernstig, lichamelijke gezondheid is redelijk tot goed, patiënten functioneren in een gezond sociaal systeem en er is sprake van zinvolle dagbesteding. Tevens zijn deze patiënten niet bekend met handel in methadonpillen. De overige patiënten ($n = 145$) krijgen hun medicatie verstrekt op de methadonpost in wisselende frequentie van driemaal per week tot eenmaal in de twee weken.

Voor de implementatie van het nieuwe beleid was de mogelijkheid om methadon verstrekt te krijgen voor patiënten beperkt tot drie dagen per week. Op moment van schrijven is deze mogelijkheid verruimd tot vijf dagen per week. In november 2005 krijgt de vestiging Haarlem binnen de methadonpost een gebruikruimte ter beschikking. Deze toevoeging in het aanbod creëert voor deze vestiging de kans om patiënten daadwerkelijk zeven dagen per week methadon onder toezicht te laten innemen.

Ook vanuit oogpunt van overlastbestrijding lijken de nieuwe procedures aan hun doel te beantwoorden. Minder door De Brijder voorgeschreven methadon vindt zijn weg naar de zwarte markt binnen het verzorgingsgebied. Deze bevinding hebben we gebaseerd op zowel feedback van de patiënten als van de politie. De prijs van methadonpillen op de zwarte markt is in Haarlem bijvoorbeeld verdubbeld, wat volgens patiënten veroorzaakt wordt door een beperkter aanbod.

De afgesproken procedures beschrijven een ideale situatie. Een implementatieproces verloopt echter nooit soepel en het bereiken van een ideale situatie vergt de nodige tijd. Groot knelpunt van volledige implementatie is de organisatievorm van De Brijder Verslavingszorg. De organisatie is een regionale instelling met meerdere vestigingen. Het is op dit moment niet mogelijk om elke vestiging elke dag open te stellen voor methadonverstrekking. Qua formatieplaatsen zijn er onvoldoende artsen en verpleegkundigen in dienst. Sommige vestigingen zijn slechts driemaal per week in staat om methadon te verstrekken, andere vestigingen vijfmaal per week. Ook de openingsuren verschillen per dag; sommige vestigingen zijn maar een beperkt aantal uren per dag open.

Een ander knelpunt is de huidige financieringsstructuur. Methadonverstrekking wordt op dit moment gefinancierd door de gemeenten. Deze vergoeding is bij lange na niet voldoende om de beschreven procedures dagelijks uit te voeren bij iedere patiënt die hiervoor in aanmerking komt. Verandering in financieringsstructuur (van gemeentelijke financiering naar AWBZ-gefinancierde hulp) geeft waarschijnlijk een ruimere financiële armslag, waardoor de mogelijkheid ontstaat om de kloof tussen gewenste situatie en huidige praktijk te dichten. De huidige werkwijze is nog niet geheel overeenkomstig het geformuleerde nieuwe medische beleid. Ondanks deze, soms lastig te overbruggen, discrepantie is De Brijder Verslavingszorg van mening, daarin bijgevalen door de Inspectie voor de Volksgezondheid, dat de instelling een belangrijke stap heeft gezet in de kwaliteitsverbetering van de medische behandeling van opiaatafhankelijkheid met methadon, die zowel recht doet aan zorgvuldig medisch handelen als aan overlastbestrijding.

Dankbetuiging

Met dank aan drs. J. Vrasdonk, voormalig eerste geneesheer van De Brijder Verslavingszorg.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beusekom, I. van., & Iguchi, M.Y. (2001). *A review of recent advances in knowledge about methadone maintenance treatment*. Drug Policy Research Centre, RAND Europe.
- Buster, M.C.A., Brussel, G.H.A., van, & Brink, W. van den (2002). An increase in overdose mortality during the first two weeks after entering methadone treatment in Amsterdam. *Addiction*, 97, 993–1001.
- Capplehorn, J.R., Daton, M.S., Haldar, F., Petrenas, A.M., & Nisbet, J.G. (1996). Methadone maintenance and Addicts' risks of fatal heroin overdose. *Substance Use and Misuse*, 31, 177–196.
- Capplehorn, J.R.M., & Drummer, O.H. (1999). Mortality associated with New South Wales methadone programs in 1994: lives lost and saved. *Medical Journal of Australia* 1999, 170, 104–1099.
- Driessen, F.M.H.M., Lelij, B. van der, & Smeets, H.M. (2003). *Effecten van een hoge doses methadon: een gerandomiseerd lange termijn experiment op negen locaties*. Utrecht: Bureau Driessen.
- Fischer, B., Gliksman, L., Rehm, J., Daniel, N., & Medved, W. (1999). Comparing opiate users in methadone treatment with untreated opiate users: results of a follow-up study with a Toronto opiate user cohort. *Canadian Journal of Public Health*, 90, 299–303.
- Gezondheidsraad (2002). *Medicamenteuze interventies bij drugsverslaving* (publicatie 2002/10). Den Haag: Gezondheidsraad.

- Goppel, M.A., Brink, W. van den, & Ree, J.M. van (2003). Medicamenteuze interventies bij drugsverslaving, een advies van de Gezondheidsraad. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147, 1637–1640.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Roffle, A. (2000). Patterns of drinking and drinking outcomes among drugs misusers. (2000). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 45–50.
- Leavitt, S.B., Shinderman, M., Maxwell, S., Chin, B.E., & Paris, Ph. (2000). When enough is not enough: New Perspectives on optimal methadone maintenance dose. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 67, 404–411.
- Loth, Ch., Schippers, G.M., Hart, H., 't, & Wijngaart, G. van de (2003). Methadonverstrekking in Nederland aan het begin van een nieuwe eeuw. *Maandblad voor de geestelijke volksgezondheid*, 58, 1111–1123.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport (1993). Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. *Staatscourant*.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport (1994). Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. Burgerlijk Wetboek, boek 7: Bijzondere overeenkomsten, artikel 446–468. *Staatscourant*.
- Marsch, L.A. (1998). The efficacy of Methadone Maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality. *Addiction*, 93, 515–532.
- Ooteman, W., Brink, & W. van den (2003). *Alcoholcravingquestionnaire*. Amsterdam: AIAR.
- Payte, J.Th., Zweben, J.E., & Martin, J. (2003). Opioid maintenance treatment. In W.A. Graham, T.K. Schultz, M.F. Mayo-Smith, R.K. Ries & B.B. Wilford (Eds.), *Principles of addiction medicine* (3rd Ed.) (pp. 751–766). Chevy Chase, MA: American Society Addiction Medicine.
- Resultaten Scoren (2003). *Werkplan 2004* (interne publicatie). Amersfoort: GGZ Nederland.
- Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg (1997). *Kerncijfers LADIS 1996*. Houten: IVV.
- Strain, E.C., Bigelow, G.E., Liebson, I.A., & Stitzer, M.L. (1999). Moderate- vs. high-dose methadone in the treatment of opioid dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16, 58–67.
- Vader, J.P., Hämming, R., Besson, J., Eastus, Ch., Eggenberg, Ch., & Burnand, B. (2003). Appropriateness of methadone maintenance treatment for opiate addiction: evaluation by an expert panel. *Sozial Präventivmed*, 48, S1–S14.
- Verster, A., & Buning, E (2003). *Key aspects of substitution treatment for opiate dependence*. Amsterdam: EuroMethwork.
- World Health Organization (1993). *Expert committee on drugs dependence* (WHO Technical Reports Series no. 836). WHO.
- Zador, D., & Sunjic, S. (2000). Deaths in methadone maintenance treatment in New South Wales, Australia 1990–1995. *Addiction*, 95, 77–84.